



## Anamnesebogen

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb: \_\_\_\_\_

Krankenkasse / ggf. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hobbys: \_\_\_\_\_

Aus welchem Grund kommen Sie zu mir? (Kurze Beschreibung)

---

---

---

Schmerzgebiet:

rot

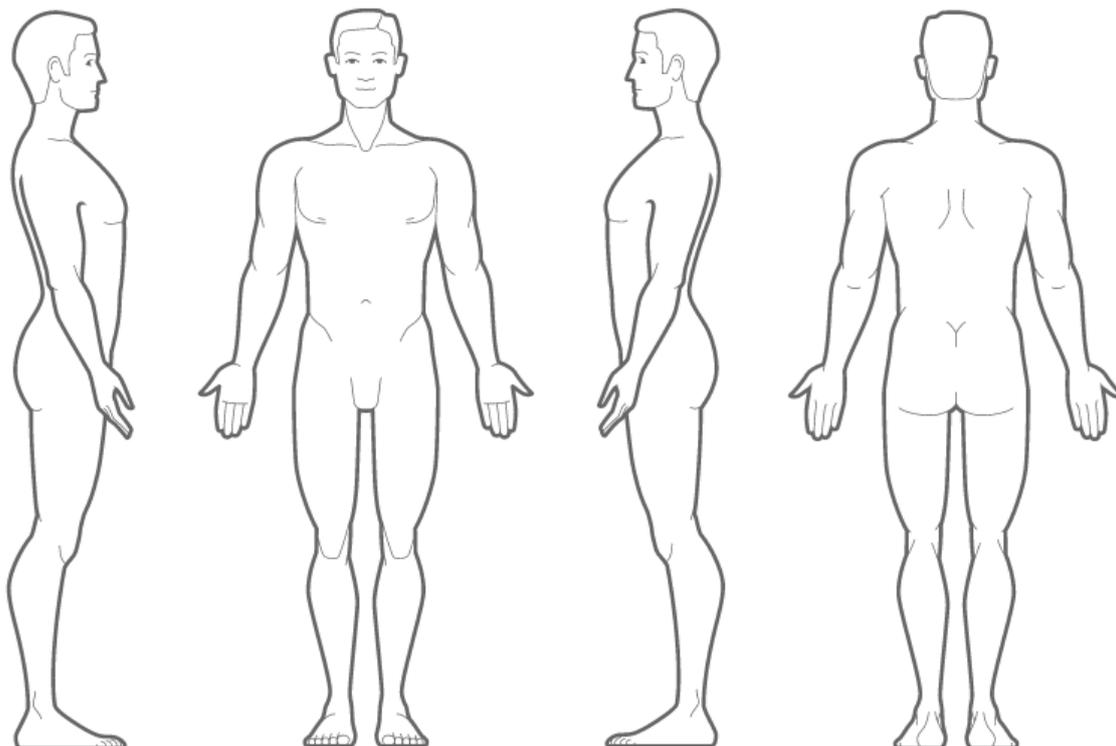
Ausstrahlungen:

blau

Narben:

grün

Bitte tragen Sie dazu die Intensität der Schmerzen ein.  
Eine Zahl von 1-10, wobei 0 kein Schmerz und 10 der  
größtmögliche Schmerz ist.



Wie ist das Schmerzempfinden?

ziehend  brennend  stechend  klopfend  drückend  krabbelnd

reißend  kolikartig  krampfend  dumpf  beengend  bohrend

sonstiges: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie ihre Schmerzen? \_\_\_\_\_

Gab es ein auslösendes Ereignis?  nein  ja, welches? \_\_\_\_\_

Wann treten die Schmerzen am stärksten auf?

morgens  tagsüber  abends  nach Belastung  in Ruhe  permanent

Sie verstärken sich durch: \_\_\_\_\_

Sie verbessern sich durch: \_\_\_\_\_

Was wurde bezüglich der Schmerzen bisher untersucht:

Facharzt:  nein  ja \_\_\_\_\_

Röntgen/ CT / MRT:  nein  ja \_\_\_\_\_

Ultraschall:  nein  ja \_\_\_\_\_

Labor:  nein  ja \_\_\_\_\_

Wie wurde bisher therapiert:  keine Therapie  Medikamente  Physiotherapie  Operation

Medikamentenplan:  Ich nehme keine Medikamente ein

Medikamentenname / Wirkstoff	Dosierung	Einnahmegrund

Operationen (Zeitpunkt und Region): \_\_\_\_\_

Unfälle (Zeitpunkt und Region): \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen:

Diabetes  nein  ja Gicht  nein  ja

Asthma  nein  ja Chron. Bronchitis  nein  ja

Rheuma  nein  ja Migräne  nein  ja

Bluthochdruck  nein  ja Gerinnungsstörung  nein  ja

Epileptiforme Anfälle / Krämpfe  nein  ja Angina pectoris  nein  ja

Osteoporose  nein  ja Herzinfarkt  nein  ja

Schilddrüsenprobleme  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Infektionskrankheiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Neurologische Erkrankungen  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Allergien / Unverträglichkeiten  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Stressskala:

Völlig entspannt    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Absolut gestresst

Knirschen Sie mit den Zähnen?  nein  ja    Tragen Sie eine „Knirscherschiene“?  nein  ja

Haben Sie Einschlafprobleme?  nein  ja    Haben Sie Durchschlafprobleme:  nein  ja

Stuhlgang:     normal     Durchfall     Verstopfung     wechselhaft     Blähungen

Wasserlassen:  normal     häufig Blasenentzündungen     Harnverhalt     \_\_\_\_\_

Essgewohnheit:  vegan     vegetarisch     Allesesser     überwiegend Fastfood

besondere Diät, welche? \_\_\_\_\_

Essen Sie Ihre Mahlzeiten sehr schnell?     nein  ja

Essen Sie täglich Fleisch- und Wurstwaren?     nein  ja

Essen Sie täglich Milchprodukte?     nein  ja

Essen Sie täglich Zucker / Süßwaren?     nein  ja

Trinken Sie Kaffee?     nein  ja    Wieviel?    \_\_\_\_\_ ml pro Tag

Trinkmenge allgemein (Wasser usw.)    \_\_\_\_\_ ml

Rauchen Sie?     nein  ja    Wieviel?    \_\_\_\_\_ pro Tag

Trinken Sie Alkohol?     nein  ja    Wieviel?    \_\_\_\_\_

Möchten Sie weitere Angaben machen, die bisher noch nicht abgefragt wurden?  nein  ja

---

---

---

---

---

---

Bitte geben Sie spätestens 2 Werktage vor Ihrem ersten Behandlungstermin folgendes in der Praxis ab:

- Behandlungsvertrag
- Anamnesebogen
- Falls vorhanden: Rezept – wenn möglich in Kopie
- Falls vorhanden: vorhandene Befunde zum beschriebenen Problem

Gerne können o.g. Dokumente auch per Mail an [termine@osteopathie-im-ganzen.de](mailto:termine@osteopathie-im-ganzen.de) geschickt werden.

Bitte bringen Sie folgendes zu jedem Behandlungstermin mit:

- Badehandtuch oder Bettlaken
- Bequeme Kleidung
- warme Socken
- Mund- und Nasenschutz
- EC-Karte

Vielen Dank für Ihre Mühe. Wir freuen uns auf Sie.